

Power of Attorney 委任状

(あて先) 長浜市長 様
長浜市会計管理者 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

Reiwa 令和 year 年 month 月 date 日

委任者 Delegator	住所 Address		
	氏名 Name		
	※自署以外の場合は押印が必要です/ A seal is required for cases other than self-signed		
	生年月日 Date of Birth: year 年 month 月 date 日 TEL		

私は、次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

I appoint the following person as an agent and delegate the following matters.

代理人 Agent (Person who comes to the counter)	住所 Address
	氏名 Name
	生年月日 Date of Birth: year 年 month 月 date 日

○委任事項 (当てはまるものにチェックをしてください。)

○Delegations (Check the items that apply)

<input type="checkbox"/>	住民票・戸籍証明書等の交付申請および受領 Application and receipt of residence certificate, family register certificate, etc. * 戸籍の場合、必要な戸籍の本籍地を記入〔本籍：滋賀県長浜市〕 In the case of a family register, enter the registered domicile of the required family register 〔Registered domicile: Shiga-ken Nagahama-shi〕
<input type="checkbox"/>	住所異動(転入・転出・転居)・世帯異動等の届出 Notification of address change (moving in, moving out, moving within the city), household change, etc.
<input type="checkbox"/>	印鑑登録・廃止の手続き (登録の場合、登録申請する印鑑で委任者欄に押印してください) Seal registration / cancellation procedure (In the case of registration, please stamp in the delegator column with the seal you apply for registration)
<input type="checkbox"/>	税・料に関する証明書等の交付申請と受領、これらに関する各種手続き(納付含む) Application and receipt of certificates related to taxes and fees, various procedures related to these (including payment)
<input type="checkbox"/>	税・料に関する各種申告 / Various tax and fee declarations
<input type="checkbox"/>	資格取得・喪失等に関する手続き (国民健康保険・国民年金・後期高齢者医療・福祉医療) Procedures for acquiring and losing qualifications (National Health Insurance, National Pension, Medical Care for the Elderly, Welfare Medical Care)
<input type="checkbox"/>	証の受領 (国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療) Receipt of certificate (National Health Insurance, Medical Care for the Elderly, Welfare Medical Care)
<input type="checkbox"/>	限度額適用 (標準負担額減額) 認定に関する手続き (国民健康保険・後期高齢者医療) Procedures for certification of limit application (reduction of standard burden) (National Health Insurance / Medical care for the elderly)
<input type="checkbox"/>	次の支払金の受領に関すること (当てはまるものにチェックをしてください。) Regarding receipt of the next payment (please check the applicable ones) <input type="checkbox"/> 国民健康保険高額療養費 / National Health Insurance high medical expenses <input type="checkbox"/> 国民健康保険療養費・出産育児一時金・葬祭費 National Health Insurance medical expenses, lump-sum payment for childbirth and childcare, funeral expenses <input type="checkbox"/> 医療費 (福祉医療制度) / Medical expenses (welfare medical system) <input type="checkbox"/> 市税・国民健康保険料・後期高齢者医療保険料の還付金 Refund of city tax, national health insurance premium, medical insurance premium for the elderly aged 75 or over
<input type="checkbox"/>	その他 / Others

※ 委任する本人がすべて記入してください。The person who is giving the power of attorney must fill out all the form.

※ 原本をお持ちください。メール、コピー、FAX、画像をプリントアウトした委任状は受付できません。

Please bring the original. E-mails, copies, faxes, and printed images of power of attorney will not be accepted.

※ 委任状がある場合でも、即時交付等ができないものもあります。(国保証の即時交付および代理受領は、郵便局から返送された場合に限りま
す) Even if there is a power of attorney, there are some documents that cannot be issued immediately. (Immediate issuance of national
guarantee and proxy receipt are limited to cases where it is returned from the post office.)

※ 代理人の方は、在留カード・マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど、顔写真入りの本人確認書類をお持ちください。If you
are an agent, please bring your personal identification with a photo of your face, such as your Zairyuu Card, My Number Card, driver's license, and passport.

※ 委任状の偽造または偽造した委任状を行使した場合、刑法第159条、第161条により罰せられます。

Forgery of a power of attorney or exercise of a forged power of attorney will be punished according to Articles 159 and 161 of the Penal Code.

※ マイナンバーカードに関する手続きは、原則本人が行ってください。なお、やむを得ない理由により、代理人による手続きを希望する場合は、あ
らかじめ市民課までご相談ください。In principle, procedures related to the My Number Card must be completed by the person himself/herself. However, if
for unavoidable reasons you wish to have a representative complete the procedures, please contact Shiminka in advance.